

L 14 KR 1659/98

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 1024/98
Datum
30.10.1998
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 14 KR 1659/98
Datum
10.02.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel vom 30. Oktober 1998 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der 1976 geborene Kläger begehrt von der Beklagten die Kostenerstattung bzw. Bezuschussung einer zahnärztlichen implantologischen Behandlung durch Dr. F. im Jahre 1998.

Der Kläger war bis zum 1. September 1999 über seine Mutter bei der Beklagten familienversichert. Aufgrund eines Unfalles (Fahrradsturzes) hatte der Kläger die beiden Schneidezähne 21 und 22 verloren. Nach einem von ihm der Beklagten vorgelegten Heil- und Kostenplan des Zahnarztes Dr. F. vom 12. September 1997 war bezüglich der beiden Zähne eine Implantatversorgung vorgesehen, deren Gesamtkosten voraussichtlich 5656,99 DM betragen sollten. Nach einer Auskunft des betreffenden Zahnarztes vom 16. September 1997 sollte durch diese Implantatversorgung dem Kläger in seinem jugendlichen Alter das Schleifen von gesunden, bleibenden Zähnen erspart werden. Die Beklagte holte daraufhin ein zahnmedizinisches Gutachten von Dr. Dr. M. vom 29. November 1997 ein, der in diesem Gutachten ausführte, die beiden fehlenden Zähne 21 und 22 seien zur Zeit durch eine Interimsprothese versorgt. Der Zahn 26 sei aus kariologischen Gründen bereits extrahiert worden. Defekte im Kieferbereich als Unfallfolge würden nicht vorliegen. Die Anfertigung einer implantatgetragenen prothetischen Versorgung stelle sicherlich die auf Dauer bessere Lösung dar und wäre auch medizinisch indiziert. Zu einer solchen Versorgung bestehe aber vorliegend keine absolute Indikation, da der Kläger auch durch herkömmlichen Zahnersatz ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, zum Beispiel mit einer Brückenversorgung, versorgt werden könne.

Mit Bescheid vom 18. Dezember 1997 lehnte die Beklagte daraufhin einen Zuschuss zu der geplanten Implantatversorgung ab mit der Begründung, die vorgesehene Implantatversorgung falle nach den gesetzlichen Vorschriften nicht in den Bereich der zahnärztlichen Behandlung. Nur in besonders schwierigen Fällen könnten Implantatversorgungen als außervertragliche Behandlungen von den Kassen bezuschusst werden. Dabei habe der Gesetzgeber vorgesehen, dass die besonders schweren Ausnahmefälle durch den Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen definiert werden sollten, welches bisher nicht geschehen sei. Bis dahin bemühten sich die Kassen mit Hilfe des Medizinischen Dienstes um eine sachgerechte Leistungsentscheidung. Vorliegend sei indes nach dem zahnmedizinischen Gutachten eine absolute Indikation für implantatgetragenen Zahnersatz nicht gegeben. Mit seinem dagegen erhobenen Widerspruch vom 29. Dezember 1997 machte der Kläger geltend, bei den beiden Zähnen 21 und 22, die bei dem Fahrradunfall abgebrochen wurden, seien die Wurzeln so weit geschädigt worden, dass auch eine Versorgung durch Stützabköpfe unmöglich sei. Bei einer Brückenversorgung müssten indes zwei weitere gesunde Zähne geopfert werden. Dies sei nicht verhältnismäßig. Die Notwendigkeit der Einsparung von Kosten sehe er ein, er bitte daher um eine Bezuschussung in der Höhe, wie sie bei einer Brückenversorgung entstehen würde.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17. Juni 1998 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und führte zur Begründung an, zu den seltenen Ausnahmeindikationen, bei denen eine Bezuschussung der Implantatversorgung in Betracht käme, gehöre nach der Gesetzesbegründung zu § 28 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) die Versorgung nach einer Tumoroperation mit Resektion oder Teilresektion am Kieferknochen und nach Schädel- und Gesichtstraumata bei nicht rekonstruierbaren Kieferabschnitten. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen habe den Katalog der Ausnahmeindikation noch nicht abschließend definiert; er sei aber an die engen Grenzen gebunden, die der Gesetzgeber mit dem Inhalt der Rechtsnorm und der

entsprechenden Begründung vorgegeben habe. Der Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen (MDK), Dr. Dr. M., habe in seinem Gutachten im Ergebnis festgestellt, dass Defekte im Kieferbereich als Unfallfolge nicht vorliegen würden, so dass auch keine absolute Indikation zur Versorgung mit Implantaten gegeben sei, da der Kläger auch durch herkömmlichen Zahnersatz ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich versorgt werden könnte.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 11. Juli 1998 beim Sozialgericht Kassel (Eingang dort am 14. Juli 1998) Klage erhoben. Er trägt wie im Widerspruchsverfahren vor, er sehe die Notwendigkeit der Einsparung von Kosten ein und bitte daher auch nur um eine Bezuschussung durch die Kasse in der Höhe, wie sie bei einer Brückenversorgung entstehen würde.

Das Sozialgericht Kassel hat einen Befundbericht bei der Zahnärztin Dr. M. vom 2. September 1998 eingeholt und mit Gerichtsbescheid vom 30. Oktober 1998 die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat das Gericht im Wesentlichen ausgeführt, die Beklagte habe die Versorgung des Klägers mit der geplanten Implantatversorgung bereits aus den Gründen der angefochtenen Bescheide zu Recht abgelehnt, da ein nach [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) seit dem 1. Juli 1997 möglicher Ausnahmefall nach der von der Beklagten zitierten Gesetzesbegründung nicht vorliege und beim Kläger insoweit allein darauf abzustellen sei, dass hier vertragszahnärztliche Behandlung selbst möglich wäre. Unabhängig davon würde der Leistungsanspruch des Klägers gegenüber der Beklagten nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) zur Zeit ruhen, da der Kläger - wie aus der dem Gericht vorgelegten Schweigepflichtsentbindung hervorgehe - seit dem 1. Juli 1998 seinen Wehrdienst ableiste.

Gegen den ihm am 3. November 1998 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 3. Dezember 1998 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingelegt und vorgetragen, er sei der Auffassung, dass bei ihm sehr wohl ein Ausnahmefall gemäß [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) vorliege, bei dem die beantragte Implantatversorgung zu gewähren sei. Bei der Bundeswehr sei er inzwischen nicht mehr. Vielmehr mache er seit dem 1. September 1999 eine Ausbildung bei der D. in F. und sei seitdem als eigenes Mitglied bei der Beklagten versichert. Die beantragte Implantation habe sein behandelnder Zahnarzt Dr. F. inzwischen - Ende des Jahres 1998 - entsprechend dem vorgelegten Heil- und Kostenplan vorgenommen. Der Kläger trägt weiter vor, eine konventionelle Versorgung durch eine Brücke hätte in seinem Fall bedeutet, dass insgesamt - außer den fehlenden Zähnen - vier weitere Zähne betroffen worden wären und beruft sich dazu auf eine Bescheinigung seines Zahnarztes Dr. F. vom 10. Januar 2000.

Der Kläger beantragt (sinngemäß), den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel vom 30. Oktober 1998 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18. Dezember 1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17. Juni 1998 zu verurteilen, ihm die Kosten für die von Dr. F. entsprechend dem Heil- und Kostenplan vom 12. September 1997 vorgenommene Implantatversorgung zu erstatten, hilfsweise, einen Zuschuss in der Höhe zu gewähren, wie dieser bei einer Brückenversorgung entstanden wäre.

Die Beklagte beantragt (sinngemäß), die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend und verweist im Übrigen auf den Beschluss des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vom 24. Juli 1998, in dem Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen getroffen worden sind.

Die Beteiligten haben sich in einem am 13. Januar 2000 durchgeführten Erörterungstermin mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach Lage der Akten einverstanden erklärt.

Wegen Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakte sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die zum Verfahren beigezogen worden ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten sich mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz -SGG-](#)).

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig und auch an sich statthaft ([§§ 143, 144 Abs. 1, 151 Abs. 1 SGG](#)).

In der Sache kann die Berufung keinen Erfolg haben. Der angefochtene Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel ist zu Recht ergangen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Übernahme bzw. Bezuschussung der Kosten für die bei ihm 1998 durchgeführte Implantatversorgung durch den Zahnarzt Dr. F. ... Das zunächst auf eine Sachleistung ausgerichtete Begehren des Klägers ist nach Durchführung der Implantatversorgung auf eine Kostenerstattung ausgerichtet. Einzig in Betracht kommende Rechtsgrundlage ist insoweit [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), wonach ein Kostenerstattungsanspruch dann besteht, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten verursacht hat. Weitere Voraussetzung ist, dass die Leistung notwendig war.

Vorliegend sind beide Alternativen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), bei denen eine Kostenerstattung in Betracht kommt, nicht gegeben. Die Implantatversorgung, die Dr. F. im Jahre 1999 vorgenommen hat, war bei dem Kläger, der mit einer provisorischen Prothese versorgt war, nicht "unaufschiebbare" im Sinne von [§ 13 Abs. 3](#) 1. Alternative SGB V. Die betreffende Versorgung war nicht aufgrund eines Notfalles oder einer Systemstörung, einer Versorgungslücke oder einer durch höhere Gewalt hervorgerufenen dringenden Bedarfslage erforderlich.

Die Beklagte hat auch nicht im Sinne von [§ 13 Abs. 3](#) 2. Alternative SGB V die Leistung zu Unrecht verweigert und den Kläger dadurch gezwungen, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen. Die Leistung ist dann zu Unrecht abgelehnt worden, wenn ein Rechtsanspruch auf die Sachleistung bestanden hat. Anspruch hat der Kläger nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) auf Krankenbehandlung, zu der nach dem abschließenden Katalog des [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#) die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz gehört. Maßnahmen, die nicht im Leistungskatalog des [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) aufgeführt sind, begründen keine Leistungspflicht der

Beklagten, sondern werden vielmehr der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet, und zwar auch dann, wenn sie eine sonst von der Krankenkasse zu gewährende Leistung ersparen können oder den Erfolg einer gewährten Leistung erst ermöglichen (vgl. Bundessozialgericht - BSG - Urteil vom 9. 12. 1997 - [1 RK 11/97](#) -).

Nach der Vorschrift des [§ 28 Abs. 2 SGB V](#), in der die Maßnahmen der zahnärztlichen Behandlung näher umschrieben werden, gehören implantologische Leistungen grundsätzlich nicht zu der zahnärztlichen Behandlung. Diese Leistungen dürfen von den Krankenkassen somit auch nicht bezuschusst werden. Nach § 28 Abs. 2 Satz 9 in der hier maßgeblichen Fassung durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 mit Wirkung vom 1. Juli 1997 gilt dies ausnahmsweise dann nicht, wenn seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorliegen, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. In der Gesetzesbegründung zu dieser Vorschrift heißt es dabei (vgl. [BT-Drucksache 13/7264 S. 79](#) zu Artikel 1 Nr. 5a - neu -): "Die Regelung stellt abweichend vom bisherigen Recht sicher, dass Versicherte in zwingend notwendigen Ausnahmefällen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung implantologische Leistungen einschließlich der Subrakonstruktion als Sachleistung erhalten. Hierzu gehören, sofern keine Kontraindikationen für implantologische Leistungen vorliegen, insbesondere die Versorgung nach einer Tumoroperation mit Resektion/Teilresektion am Kieferknochen und nach Schädel- und Gesichtstraumata bei nicht rekonstruierbaren Kieferabschnitten." Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 18. Dezember 1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17. Juni 1998 hatte der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen noch nicht entsprechend der gesetzlichen Ermächtigung in § 28 Abs. 2 Satz 9 die Ausnahmeindikationen festgelegt. Die Beklagte hat sich indes zu Recht in den angefochtenen Bescheiden darauf berufen, dass der vorliegende Fall, in dem nach dem zahnmedizinischen Gutachten von Dr. Dr. M. als Unfallfolge keine Defekte im Kieferbereich eingetreten sind, nicht den Fällen vergleichbar ist, die in der Gesetzesbegründung genannt sind.

Im Zeitpunkt der Durchführung der Versorgung durch den Zahnarzt Dr. F. hatte der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen - am 24. Juli 1998 - entsprechend der Ermächtigung in [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen bestimmt. Nach diesen Richtlinien liegt ein besonders schwerer Fall, der seine Ursache in einem Unfall hat, nur dann vor, wenn dadurch größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte erlitten wurden, welches bei dem Kläger gerade nicht der Fall ist. Diese Richtlinien stellen Verwaltungsinnenrecht dar und können von den Gerichten jedenfalls daraufhin überprüft werden, ob sie mit höherrangigem Recht vereinbar und inhaltssachlich vertretbar sind (vgl. zu dem - umstrittenen - Rechtscharakter der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 BSG, Urteil vom 20. März 1996 - [6 RKa 62/94](#) - sowie Urteil vom 16. Dezember 1997 - [1 RK 17/95](#) -; Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Kommentar, Stand: Juli 1999, § 92 Rdnr. 37; Schimmelpfeng-Schütte "Richtlinienggebung ..." in: NZS, Heft 11/ 1999, S. 530 ff). Der Inhalt der Richtlinien vom 24. Juli 1998 ist unter den genannten Gesichtspunkten nicht zu beanstanden. Die dort genannten Ausnahmefälle sind nicht zu eng gefasst, zumal der Gesetzgeber in [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) ausdrücklich nur "seltene, besonders schwere Fälle" als Ausnahme berücksichtigt sehen wollte. Im Falle des Klägers, der durch den Unfall (nur) die beiden Schneidezähne verloren hat, liegt ein seltener, schwerer Ausnahmefall jedenfalls nicht vor.

Hinzu kommt, dass nach den Richtlinien auch bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation der Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann bestehen soll, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Auch nach dem vom Kläger im Berufungsverfahren nachgereichten Attest von Dr. F. vom 10. Januar 2000 wäre indes eine Brückenversorgung, d. h. eine konventionelle Versorgung, möglich gewesen, wenngleich nach den Angaben des Zahnarztes mehr als zwei weitere Zähne hätten abgeschliffen werden müssen.

Da der Kläger somit einen Anspruch auf die Sachleistung nicht gehabt hätte, kommt auch eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3](#) 2. Alternative SGB V nicht in Betracht. Der Kläger kann - wie oben ausgeführt - Kostenerstattung auch nicht unter dem Gesichtspunkt der ersparten Aufwendung geltend machen, auch wenn diese nicht mit zusätzlichen Belastungen verbunden oder gar kostengünstiger gewesen ist als die an sich zustehende Sachleistung. Nach § 13 Abs. 1 ist Kostenerstattung nur in den vom SGB V ausdrücklich aufgezählten Ausnahmefällen zulässig. Der einzige hier in Betracht kommende Ausnahmefall des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) liegt indes nicht vor.

Der Senat vermochte auch keine verfassungsrechtlichen Bedenken unter den Gesichtspunkten des Rechtsstaatsprinzips und des Sozialstaatsprinzips gegen den Ausschluss der begehrten Versorgung bzw. Kostenerstattung erkennen. Der Gesetzgeber hat bei der Festlegung der Leistungspflicht im Rahmen der Krankenversicherung einen weiten Gestaltungsspielraum. Angesichts fortlaufender Veränderungen der wirtschaftlichen, soziologischen und medizinischen Rahmenbedingungen und Interessenlagen mit Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit der Krankenversicherung und die Belastbarkeit der Sozialversicherungs-Systeme insgesamt ist es ihm erlaubt, den Leistungsumfang und die Modalitäten der Leistungsgewährung an neue Entwicklungen und Erkenntnisse anzupassen. Aus der Verfassung ergibt sich kein Anspruch gegen die Krankenkassen auf Bereitstellung oder Finanzierung bestimmter Gesundheitsleistungen (BSG, Urteil vom 9. Dezember 1997 - a.a.O.-).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da Zulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorgelegen haben.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-06-23